



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ: การสังเคราะห์งานวิจัยในประเทศไทย

นิตยา ฤทธิเพชร, พยม.*
ชนกพร จิตปัญญา, ปรด. **

บทคัดย่อ

การทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ และเพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคืองานวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษาและรายงานการวิจัยอื่นๆ ระหว่างปี พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2554 จำนวน 34 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสรุปคุณลักษณะงานวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผลการสังเคราะห์สรุปได้ดังนี้ วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทมากที่สุด (ร้อยละ 67.65) โดยมหาวิทยาลัยมหิดลเป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุด (ร้อยละ 41.18) ขณะที่ผลิตงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นคณะพยาบาลศาสตร์ (ร้อยละ 76.47) และได้รับการพิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2545 มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 32.35) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าสวัสดิการค่ารักษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับคุณภาพชีวิต ส่วนรายได้ ระดับการศึกษาและเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพพบว่าสมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) อาการหรืออาการแสดงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่าอ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมหรือจากคู่สมรสและความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ : ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาบริการการพยาบาลและพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคหัวใจ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การสังเคราะห์งานวิจัย

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กระทรวงกลาโหม

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



Factors Related to Quality of Life among Patients with Heart Disease: A Research Synthesis in Thailand

*Nittaya Ritpetch, MNS **

*Chanokporn Jitpanya, Ph.D ***

Abstract

The purposes of this research synthesis were to explore research characteristics of the studies focusing on factors related to quality of life among patients with heart disease, and to summarize knowledge derived from the studies focusing on factors related to quality of life among patients with heart disease. The samples of studies were thirty-four post graduate thesis and research studies conducted from 1989 to 2011. An instrument used in this study was a data extraction form developed by the researchers. Studies were analyzed for their general methodological and substantive characteristics.

Results were as follows: The majority of the studies were master thesis (67.65%). The studies were published from Mahidol University (41.18). The faculty of nursing was the main institution of research distribution (76.47%), and the most were published from 1998-2002 (32.35%). For factors related to quality of life among patients with heart disease, personal factors including health welfare, which had the highest positive correlation to quality of life; income, education level, and sex had moderate positive correlation to quality of life. Health-related factors including health status and function of heart/left ventricular ejection fraction (LVEF), signs and symptoms had moderate correlation to quality of life. Psychological factors including self concept, social support, and sense of coherence had high positive correlation to quality of life. For behavioral factors, self care agency and activity of daily living had high positive correlation to quality of life.

Recommendation: The result of this study can be used as an evidence base to improve nursing care provision and nursing research for better quality of life in heart disease patients.

Key Words : Patients with heart disease, Quality of life, Life satisfaction, Research synthesis

* Registered nurse, Somdejphrapinklao Hospital, Naval Medical Department, Ministry of Defense

** Asst.Prof. Ph.D. Faculty of Nursing Chulalongkorn University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเมื่อการดำเนินของโรคมามากขึ้น ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของหัวใจลดลง ผู้ป่วยมักเผชิญกับอาการ คือ อ่อนเพลีย หายใจเร็ว หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก บวม นอนราบไม่ได้ เป็นต้น¹⁻³ ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นทำให้มีข้อจำกัดและอุปสรรคในการทำกิจกรรม ส่งผลกระทบให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนความสามารถในการดูแลตนเองลดลง⁴ ประกอบกับอาการโรคหัวใจที่ผู้ป่วยต้องเผชิญส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต⁵ ผู้ป่วยไม่กล้าดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในสังคม รวมถึงการทำงานหรืออาชีพของผู้ป่วยเอง เนื่องจากกลัวว่าอาจมีผลให้อาการกำเริบได้⁶ ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียด กลัว และซึมเศร้าตามมา การรักษาโรคหัวใจจึงไม่ควรมุ่งเพียงแต่เพื่อรักษาอาการ ลดความรุนแรงของโรค แต่ต้องให้ความสำคัญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจจากวิชาชีพทางพยาบาลมานานกว่า 10 ปี มีลักษณะเป็นนามธรรม มีหลายคำที่ใช้แทนคุณภาพชีวิตได้ ไม่ว่าจะเป็น “ความสุข” “ความพึงพอใจในชีวิต” หรือ “ความผาสุกในชีวิต” คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล⁷ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงมีลักษณะที่เป็นมุมมองของแต่ละบุคคลที่รับรู้และตัดสินใจได้ด้วยตนเอง⁸ ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน⁹ และสามารถ

เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจสามารถแบ่งได้เป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้¹⁰⁻¹⁷ ปัจจัยด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ อาทิ เช่น ประเภทของโรคหัวใจ¹⁷ ความรุนแรงของโรค อาการ และอาการแสดง^{1,18} การเกิดภาวะแทรกซ้อน^{14,18} ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจนั้น เช่น ความรู้ ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ การจัดการตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลตนเอง ทศนคติต่อโรค การสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่ที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม^{1,19} พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ^{11,18} และความสามารถในการดูแลตนเอง^{4, 20} ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจในมิติและระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผลการวิจัยหลายๆ งานวิจัยยัง มีความขัดแย้งกันไม่สอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำงานวิจัยเชิงบรรยายที่ศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทยมาทำการศึกษาโดยสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีการทบทวนแบบบูรณาการ เพื่อที่จะสามารถสรุปภาพ

รวมของการศึกษาในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ผ่านมา ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อสรุปและสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และให้เห็นประเด็นในการทำวิจัยทางการแพทย์พยาบาลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจที่ยังไม่ชัดเจน หรือยังไม่มีใครศึกษามาก่อน และเป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์พยาบาลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ

2. เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ

วิธีดำเนินการศึกษา

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ศึกษา คือ วิทยานิพนธ์และรายงานการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทยมีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2554 ซึ่งผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นวิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษาและรายงานการวิจัยอื่นๆ ที่สามารถค้นหาได้จากห้องสมุดของสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษา หอสมุดแห่งชาติ และห้องสมุดสภาวิจัยแห่งชาติ หรือมีการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งจากระบบการพิมพ์โดยตรงจากห้องสมุด หรือผ่านทางฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ และ 2) ลักษณะเป็นงานวิจัยแบบเชิงบรรยาย

การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานงานวิทยานิพนธ์ รายงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Documentary Systematic Review) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทย ผู้วิจัยทำการสืบค้น และคัดเลือก วิทยานิพนธ์ และรายงานการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจในประเทศไทยมีหลักฐานปรากฏตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2554 ตามกรอบการตั้งคำถาม PICO framework

คำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจ คุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกในชีวิต การสังเคราะห์งานวิจัย ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จากวิทยานิพนธ์ระดับมหาบัณฑิต และสืบค้นด้วยมือ ได้แก่ วารสารวิชาการฉบับตีพิมพ์ ห้องสมุดของสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษา ผ่านทางฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์

เกณฑ์การคัดออกคือ งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี

ผลการสืบค้นพบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจตามเกณฑ์ที่ต้องการทั้งหมด 38 เรื่อง อ่านและคัดเลือกเนื้อหาที่ตรงกับประเด็นที่ต้องการศึกษา และคัดออก 4 เรื่อง (เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง) เหลืองานวิจัยนำมาสังเคราะห์จำนวน 34 เรื่อง เป็นงานวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ จำนวน 17 เรื่อง เชิงพรรณนา 2 เรื่อง ศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย จำนวน 8 เรื่อง เป็นงานวิจัยศึกษาเชิงเปรียบเทียบ 7 เรื่อง จัดความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของสเตทเลอร์และคณะ²⁶ โดยแบ่งระดับข้อมูลเชิงประจักษ์ 6 ระดับ

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์คุณสมบัติของงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐาน พบว่าส่วนใหญ่เป็นวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทมากที่สุดจำนวน 23 เรื่อง^{7,10-20,23,25,26,34-37,41-45} (ร้อยละ 67.65) รองลงมาเป็นงานวิจัยของหน่วยงานจำนวน 10 เรื่อง^{2-4,24,27,32,35-39} (ร้อยละ 29.41) มีวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาเอกเพียง 1 เรื่อง¹ (ร้อยละ 2.94) มหาวิทยาลัยมหิดลเป็นสถาบันที่ผลิตงานวิจัยมากที่สุดจำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ 41.18) ขณะที่ผลิตงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นคณะพยาบาลศาสตร์จำนวน 26 เรื่อง (ร้อยละ 76.48) เมื่อแบ่งงานวิจัยตามปีที่พิมพ์เผยแพร่จะเห็นได้ว่างานวิจัยทั้ง 34 เรื่อง มีการพิมพ์เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ถึง พ.ศ. 2554 โดยมีการพิมพ์เผยแพร่ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึง พ.ศ. 2545 มีจำนวนมากที่สุดคือ 11 เรื่อง (ร้อยละ 32.35) และงานวิจัยทั้งหมดจัดอยู่ในระดับ 4 ตามเกณฑ์ของสเตลเลอร์และคณะ²¹ โดยเป็นงานวิจัยแบบไม่ทดลอง ทั้งในเชิงพรรณนา เชิงหาความ

สัมพันธ์ เชิงทำนาย และการวิจัยเชิงคุณภาพ

2. ด้านระเบียบวิธีวิจัยพบว่ารูปแบบการวิจัยที่ศึกษาวิจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจมีรูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเชิงสหสัมพันธ์จำนวน 17 เรื่อง (ร้อยละ 50.00) มีการกำหนดกรอบแนวคิดทฤษฎีชัดเจน จำนวน 29 เรื่อง (ร้อยละ 85.29) แนวคิดด้านคุณภาพชีวิตที่ใช้มากที่สุดคือ แนวคิดของ Ferrans และ Powers จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 17.65) รองลงมาได้แก่แนวคิดของ Zhan จำนวน 5 เรื่อง (ร้อยละ 14.17)

3. ด้านตัวแปรอิสระที่ศึกษาพบว่า ตัวแปรจำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษาน้อยที่สุดคือ 1 ตัวแปร และมากที่สุดคือ 20 ตัวแปร ตัวแปรอิสระที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นปัจจัยทางด้านสุขภาพ จำนวน 25 เรื่อง (ร้อยละ 75.76) และเป็นปัจจัยเกี่ยวกับ ระยะเวลาหลังการผ่าตัด/ผ่าตัด/หัตถการ จำนวน 14 เรื่อง (ร้อยละ 41.18) รองลงมาคือปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ 58.82) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรอิสระที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	19	55.88
เพศ	16	47.06
ระดับการศึกษา	15	44.12
รายได้	14	41.18
สถานภาพสมรส	12	35.29
อาชีพ/การทำงาน	8	23.53
ศาสนา/ภูมิลำเนา	4	11.76
การเบิกค่าพยาบาล/สิทธิในการจ่ายค่ารักษา	3	8.82
ความเพียงพอของรายได้	2	5.88

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของงานวิจัยจำแนกตามตัวแปรอิสระที่ศึกษา (ต่อ)

ตัวแปรอิสระที่ศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยด้านสุขภาพ		
ระยะเวลาหลังการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ	14	41.18
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา/หัตถการ/ผ่าตัด	9	26.47
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	7	20.59
โรคร่วม	6	17.65
ระดับสมรรถภาพหัวใจ/ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ	5	14.71
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	4	11.76
ประเภทการผ่าตัด/วิธีการรักษา	3	8.82
ความรุนแรงของโรค	3	8.82
อาการและอาการแสดง	3	8.82
รูปแบบเครื่องกระตุ้นหัวใจ/ประเภทโรคหัวใจ	1	2.94
ปัจจัยด้านจิตสังคม		
การสนับสนุนทางสังคม	4	11.76
อัตมโนทัศน์/การจัดการตนเอง	4	11.76
การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ข้อมูลในการดูแลตนเอง	2	5.88
ค่านิยมด้านชีวิตและสุขภาพ/ความรู้เกี่ยวกับโรค	2	5.88
ความหวัง/ความเข้มแข็งในการมองโลก	2	5.88
ภาระในการดูแลตนเอง/ทัศนคติต่อโรค	2	5.88
สัมพันธภาพในครอบครัว/การสนับสนุนของคูชีวิต	2	5.88
ความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย	1	2.94
ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่		
ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม	3	8.82
พฤติกรรมดูแลสุขภาพ	2	5.88
ความสามารถในการดูแลตนเอง	2	5.88

4. ตัวแปรตามที่ศึกษาส่วนใหญ่ คือ คุณภาพชีวิตจำนวน 30 เรื่อง (ร้อยละ 88.24) รองลงมา ความผาสุกในชีวิต จำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 11.76) ความพึงพอใจในชีวิต 2 เรื่อง (ร้อยละ 5.88)

5. ด้านเนื้อหาสาระของที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 20 เรื่อง (ร้อยละ 58.82) มีอายุระหว่าง 20-70 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 38.24) สถานภาพสมรสคู่จำนวน 19 เรื่อง (ร้อยละ 55.88) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 27 เรื่อง (ร้อยละ 79.41) รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 13 เรื่อง (ร้อยละ 38.24) ส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 11 เรื่อง (ร้อยละ 32.35) และลิ้นหัวใจจำนวน 9 เรื่อง (ร้อยละ 26.47) มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจแบ่งตาม NYHA อยู่ในระดับที่ 2 จำนวน 8 เรื่อง (ร้อยละ 23.53) กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากที่สุดจำนวน 16 เรื่อง (ร้อยละ 47.06) โรคเรื้อรังร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 17.65) เกือบทั้งหมดของงานวิจัยที่ศึกษาไม่ระบุระดับของการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ของกลุ่มตัวอย่างมีเพียง 6 เรื่อง (ร้อยละ 17.65) ที่ระบุระดับของ LVEF ซึ่งมีค่าปกติ คือ 40-60%

6. ด้านระเบียบวิธีการวิจัย พบว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเฉลี่ย 118.1 ราย วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง 28 เรื่อง (ร้อยละ 82.35) สถานที่ที่เก็บข้อมูลส่วนใหญ่เก็บที่คลินิกตรวจโรคแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 30 เรื่อง (ร้อยละ 88.24)

การสร้างเครื่องมือวิจัยพบว่าเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้มากที่สุด คือ Quality of Life Index-Cardiac

Version (QLI) QLI-Cardiac Version-III จำนวน 7 เรื่อง (ร้อยละ 20.59) รองลงมาคือ The short-Form-36 Health Survey (SF-36) จำนวน 6 เรื่อง (ร้อยละ 17.65) ส่วนแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้สร้างหรือดัดแปลงเครื่องมือพบว่า แนวคิดของ Flanagan และแนวคิดของ Zhan มากที่สุดจำนวน 4 เรื่อง (ร้อยละ 11.76) รองลงมาแนวคิดของ Dupy และแนวคิดของ Burckhardt จำนวน 3 เรื่อง (ร้อยละ 8.82) อย่างละเท่าๆ กัน

7. ด้านความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่ศึกษาในส่วนของปัจจัยด้านบุคคล พบว่าการเบิกจ่ายค่ารักษา มีความสัมพันธ์สูงมากกับคุณภาพชีวิต²² ($r=0.997$) รายได้ ระดับการศึกษา และเพศมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r=0.554$, $r=0.505$, $r=0.498$) ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และภูมิลำเนา มีความสัมพันธ์ต่ำถึงต่ำมากกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยด้านสุขภาพพบว่าสมรรถภาพและประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ อาการหรืออาการแสดง มีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r=0.722$, $r=0.705$) การเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r=0.440$) ช่วงเวลาหลังได้รับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ จำนวนครั้ง การรับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r=0.300$, $r=0.285$, $r=0.201$)

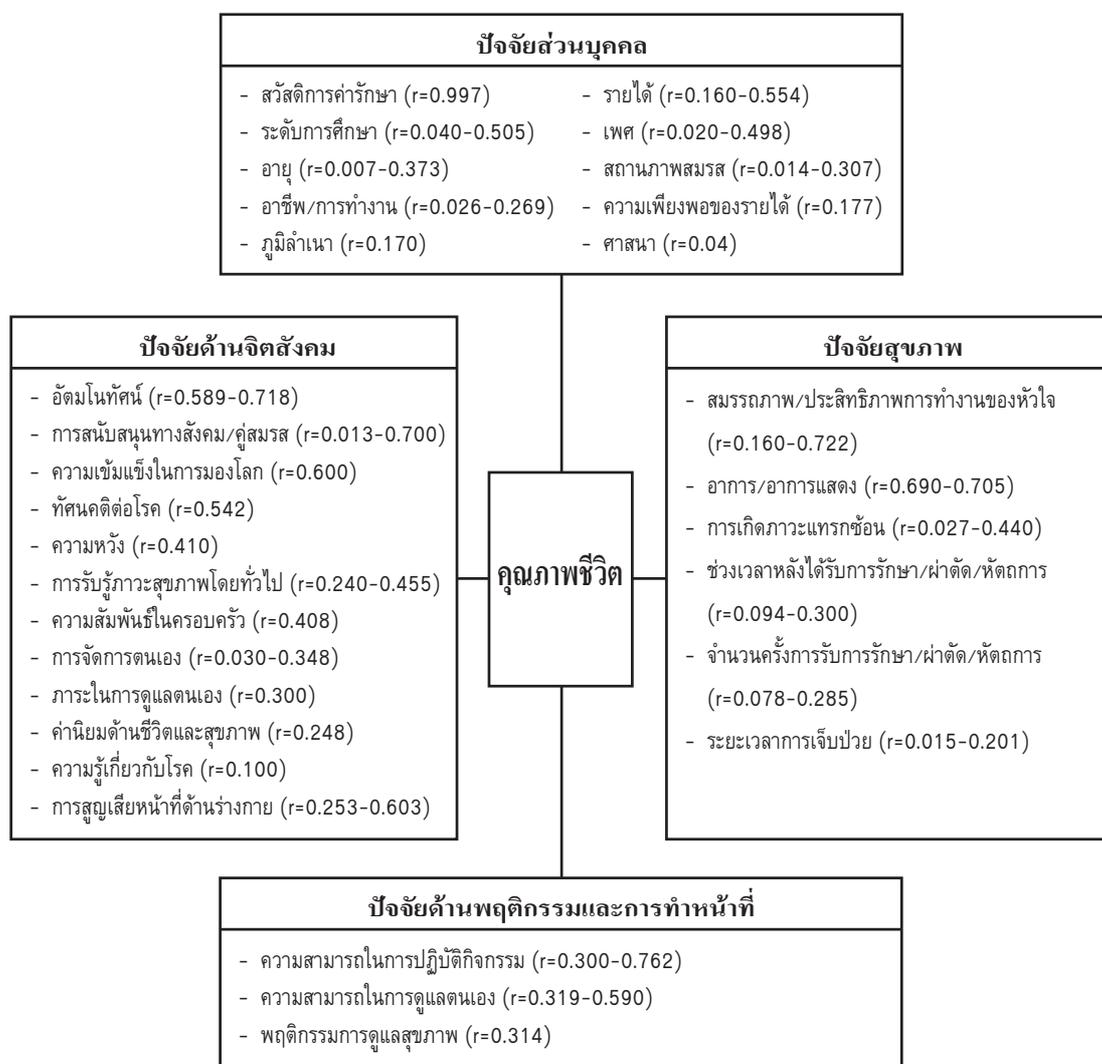
สำหรับปัจจัยด้านจิตสังคมพบว่า อึดมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมหรือคู่สมรส และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต ($r=0.718$, $r=0.700$, $r=0.600$) ทศนะคติต่อโรค การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความหวังมีความสัมพันธ์ปานกลาง

กับคุณภาพชีวิต($r=0.542$, $r=0.455$, $r=0.408$, $r=0.40$) การจัดการตนเองและการะในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ต่อกับคุณภาพชีวิต ($r=0.348$, $r= 0.300$)

ส่วนปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความ

สัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต($r=0.762$)ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r=0.590$) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อกับคุณภาพชีวิต ($r= 0.314$) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหัวใจ



อภิปรายผล

1. คุณลักษณะงานของงานวิจัย งานวิจัยที่นำมาศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่างานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.29) มีการใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎี เนื่องจากจะช่วยให้นิยามตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาได้ชัดเจน กรอบแนวคิดด้านคุณภาพชีวิตที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยๆ ครอบคลุม 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจ ทำให้เชื่อมโยงไปถึงตัวแปรอิสระที่นำมาศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันมากนัก ตัวแปรที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ประกอบไปด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรักษา ความสามารถด้านร่างกาย และตัวแปรด้านจิตใจ การรู้คิด การสนับสนุนของสังคม เป็นต้น

2. ตัวแปรอิสระที่ศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสุขภาพ (ร้อยละ 75.76) ทั้งนี้เนื่องมาจากสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ ต่อการทำหน้าที่ของร่างกายภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิต การที่บุคคลมีสุขภาพดี จึงหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงสามารถใช้เป็นข้อบ่งชี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลได้เป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยส่วนใหญ่จึงเลือกศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพ^{1-4,10-20,23-27} โดยแปรที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสุขภาพมากที่สุด คือ ระยะเวลาหลังการเข้ารับการรักษา/ผ่าตัด/หัตถการ (ร้อยละ 41.18) รองลงมาคือปัจจัยส่วนบุคคล (ร้อยละ 58.82) และปัจจัยด้านจิตสังคมตามลำดับ

3. ตัวแปรตามที่ศึกษา ตัวแปรตามที่นำมาใช้ศึกษาส่วนใหญ่คือคุณภาพชีวิต (ร้อยละ 88.24) ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา

เป็นเป้าหมายหลักของการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นธรรมชาติที่ชีวิตความสำเร็จในการรักษาพยาบาลนอกเหนือไปจากอัตราการรอดชีวิต²⁸ ที่มสุขุภาพโดยเฉพาะพยาบาลได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้น โดยเชื่อว่าคุณภาพของการรักษาพยาบาลนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตไม่มีความพิการ แต่ควรให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น⁹

4. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (ร้อยละ 82.35) ทั้งนี้เนื่องมาจากงานวิจัยทางการแพทย์และการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย³¹⁻⁴⁵ ใช้ผู้ป่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การสุ่มกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามการให้โอกาสทางสถิติจึงเป็นไปได้ยาก จึงใช้การกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเพื่อให้เหมาะสมกับการตอบวัตถุประสงค์งานวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเฉลี่ย 118.1 ราย เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงบรรยายจึงมักมีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างให้สอดคล้องกับตัวแปรที่ศึกษา เพื่อให้งานวิจัยมีความเชื่อถือได้

5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้มากที่สุด คือ Quality of Life Index-Cardiac Version (QLI) QLI-Cardiac Version-III (ร้อยละ 20.59) เนื่องจาก เป็นเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคหัวใจ วัดผลกระทบจากความเจ็บป่วยครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านเศรษฐกิจ-สังคม 3) ด้านจิต-วิญญาณ 4) ด้านครอบครัว มีการประเมินสิ่งที่บุคคลประสบในชีวิต และประเมินถึงคุณค่าของประสบการณ์ที่บุคคลนั้น

ประสพ หลังจากนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจพบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ในระดับสูง ระหว่าง 0.90 ถึง 0.97 กล่าวได้ว่าเครื่องมือวิจัยที่มีคุณภาพ²⁹ ส่วนแนวคิดที่ผู้วิจัยใช้สร้างหรือดัดแปลง เครื่องมือพบว่าผู้วิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 12.12) ใช้แนวคิดของ Flanagan และแนวคิดของ Zhan ทั้งนี้ เนื่องจากทั้ง 2 แนวคิดนี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตที่มีความครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจและ สังคม

5. เนื้อหาสาระของงานวิจัยที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่นำมาศึกษาเป็นเพศชาย (ร้อยละ 58.82) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการเกิดโรคหัวใจที่มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงจึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจประเภทหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 32.35) จากการรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁴⁶ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคที่พบมากที่สุดและผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและสูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.24) เนื่องจากอยู่ในวัยเกษียณราชการ และผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจในกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีความสามารถทำกิจกรรมแบ่งตามแบ่งตาม NYHA³⁰ ไม่เกินระดับที่ 2 (ร้อยละ 23.53) เนื่องจากสามารถทำกิจกรรมได้และพบว่าสอดคล้องกับค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เกือบปกติ คือ 40-60% แสดงว่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ดี และโรคเรื้อรังร่วมที่พบโรคมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 17.65) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหัวใจ

6. ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่ศึกษา ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจ แบ่งได้เป็น 4 ประเด็น ตามแผนภูมิที่ 1

6.1 ปัจจัยด้านบุคคล พบว่าสวัสดิการ ค่ารักษามีความสัมพันธ์สูงมากกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากโรคหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษานาน ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เบิกไม่ได้ ค่าเดินทางมารับการรักษา บางรายเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ทำให้เกิดความเครียดเกิดส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง¹⁴ รายได้ ระดับการศึกษา และเพศมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของคนในสังคมในปัจจุบัน เพราะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นอาหารที่มีคุณค่า ที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดีและที่สำคัญคือการรักษาพยาบาล สิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเอง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

สำหรับการศึกษามีส่วนสำคัญในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดีกว่า⁴ เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี สำหรับเพศเนื่องจากในสังคมไทยเพศชายถูกกำหนดบทบาทในสังคม ให้เป็นผู้ที่เข้มแข็งและเป็นหัวหน้าครอบครัว ยามเจ็บป่วยจะได้รับการดูแลจากภรรยาและลูก ส่วนเพศหญิงถูกกำหนดให้เป็นผู้ดูแลเพราะฉะนั้นนอกจากทุกข์เพราะความเจ็บป่วยแล้วยังกังวลกลัวไม่มีใครดูแลลูกและสามี ทำให้คุณภาพชีวิตแตกต่างกัน โดยพบว่าเพศชายจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง^{16,17}

6.2 ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่าอาการหรืออาการแสดง การเกิดภาวะแทรกซ้อน สมรรถภาพ และประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจมีความสัมพันธ์ปานกลางกับคุณภาพชีวิต โดยอาการหรืออาการแสดงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ในทางลบคุณภาพชีวิต เนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการ เช่น เจ็บหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย ใจสั่น อาการเหล่านี้จะส่งผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง^{1,4,15,19} สำหรับประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจพบว่าผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจที่ต่ำ ความสามารถในการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้น้อย ทำให้มีอาการด้านร่างกายตามมา เช่น มีการคั่งของน้ำที่ปอด หายใจเหนื่อยลำบากทำให้คุณภาพชีวิตลดลง^{5, 26}

6.3 ปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่าอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมหรือคู่สมรส และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต เนื่องมาจากอัตมโนทัศน์และความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแนวคิดอธิบายถึงการรับรู้ของบุคคลและประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับชีวิตของบุคคล ทั้งอัตมโนทัศน์และความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่ จะช่วยให้คนมีการมองและจัดการกับสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบได้ดี ถ้าบุคคลมีอัตมโนทัศน์ในด้านบวก มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะสามารถนำตนเองผ่านเหตุการณ์ต่างๆ ไปสู่จุดหมายที่ต้องการได้ ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ^{7,12} ส่วนการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่บุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะคาดหวังหรือต้องการได้รับการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัวเนื่องจากสภาวะในขณะที่เจ็บป่วยนั้น

อยู่ในระยะฟื้นฟู ไม่ว่าจะเป็ด้านแรงงาน ด้านการเงิน หรือแม้แต่ด้านจิตใจ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหัวใจได้ เป็นแรงกระตุ้น ทำให้เกิดพลัง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย สามารถเผชิญความเครียดได้ดีช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามมด้วย^{10,11,17,23}

6.4 ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการทำหน้าที่

พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมมีความสัมพันธ์สูงกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเป็นตัวแปรที่ใช้ในการแบ่งภาวะการทำหน้าที่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา ได้มาจากการวัดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานของชีวิตได้ โดยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ดี ทำให้มีการปรับตัวทางด้านอารมณ์และสังคมที่ดี สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีสุขภาพจิตใจที่ดี และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี^{1,19,26, 44}

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการทบทวนงานวิจัยครั้งนี้พบว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้นำมาศึกษาคุณภาพชีวิต คือผู้ป่วยที่มีปัญหาหัวใจเต้นผิดจังหวะหลังได้รับการรักษาแบบการจี้ด้วยคลื่นวิทยุความถี่สูง (Radio Frequency Ablation) ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรมีการติดตามคุณภาพชีวิตหลังการรักษาเทียบกับก่อนการรักษา ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเพื่อให้ทราบถึงผลการรักษา การปฏิบัติตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้

นอกจากนี้ประเด็นของระดับความรุนแรงของโรคหัวใจในกลุ่มตัวอย่างแบ่งตาม NYHA พบว่า ผู้วิจัยจะเลือกศึกษาไม่เกินระดับที่ 2 เนื่องจากสามารถทำกิจกรรมได้ ควรมีการติดตามคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มี FC III,IV (ระดับที่ 3 มีอาการเหนื่อยแม้มีกิจกรรมเล็กน้อย ระดับที่ 4 มีอาการเหนื่อยแม้ขณะพัก) ว่าเป็นอย่างไร สามารถดำรงชีวิตได้อย่างไร ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตมากน้อยเพียงใด มีปัจจัยอะไรที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในขณะที่เจ็บป่วยในระยะดังกล่าว

ควรมีการพัฒนาบริการการพยาบาล และพัฒนางานวิจัยทางการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และควรศึกษาปัจจัยที่พยาบาลสามารถเข้าไปช่วยเหลือแก้ไขให้กับผู้ป่วยได้โดยตรงและอย่างอิสระ และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูง เช่น ระดับความเข้มแข็งในการมองโลก ค่านิยมด้านสุขภาพ ความหวัง ทศนคติต่อโรค อัจฉริยะ ซึ่งพบว่ายังมีการศึกษากันน้อย

เอกสารอ้างอิง

- *1. Krethong P. A causal model of health-related quality of life in Thai heart failure patients. [Doctoral dissertation]. Bangkok: Faculty of Nursing Chulalongkorn University; 2007.
2. ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. ใน: ปราณี ทัพไพเราะ, วันดี โตสุขศรี, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์. บรรณาธิการ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส; 2552. หน้า 24-40.
- *3. เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา, กรองไต่ อุณหสูต. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีหัวใจเต้นเร็วผิดจังหวะ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2543;18(3): 77-83.
- *4. ธิวสา ลีวัธนะ, แสงอรุณ อิศระมาลัย, ซอลดา พันธุเสนา. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และปัจจัยที่มีผลกระทบ. สงขลา นครินทร์เวชสาร 2551;26(2):141-50.
5. Clark AM. Its like an explosion in your life: lay perspective on stress and myocardial infarction. J Clin Nurs 2003;12:544-553.
6. Webster RA, Thompson DR, Davidson PM. The first 12 weeks following discharge from hospital: The experience of Gujarati South Asian survivors of acute myocardial infarction and their families. Contemporary Nurse 2003;15(3):288-299.
- *7. จันทนา เตชะคฤห. ความหวัง ความเข้มแข็งในการมองโลก และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.
8. Parse RR. Quality of life: sciencing and living the art of human becoming. Nurs Sci Q 1994;7(1):16-21.
9. Leininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. Nurs Sci Q 1994;7(1): 22-28.

- *10. ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2532.
- *11. ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาพยาบาล]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2533.
- *12. เรณา พงษ์เรืองพันธ์ุ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในเขตพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2538.
- *13. ชัตติยา ชั้นประดับ. คุณภาพชีวิตของผู้รับการเปลี่ยนหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2539.
- *14. ณิชฎิฉิตา เพชรประไพ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจการ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
- *15. มนสิน แยมสกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบจากการสูบบุหรี่ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
- *16. ขวัญใจ แจ่มสร้อย. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหลังได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2548.
- *17. ปราณี ทองใส. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดหัวใจ. [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต] สาขาวิชาเอกโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
- *18. จิราพร ศรีทน. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
- *19. กุสมา คุววัฒนสัมฤทธิ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
- *20. จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
21. Stetler CB, Mor D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization-focused integrative reviews in nursing service. Appl Nurs Res 1998;11(4): 195-206.

22. Salkind NJ. Statistics for People Who (Think They) Hate Statistics. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- *23. ชรัสนิกูล ยัมบุญณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดัดสรรกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533.
- *24. นันทา เล็กสวัสดิ์, ทิพพาพร ตั้งอำนาจ และทรงศรี ชุ่มประดิษฐ์. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ [งานวิจัย]. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
- *25. ศิริพร เหลียงกอบกิจ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจโคโรนารี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542.
- *26. นิตยา ศรีสุข. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรังในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.
- *27. กนกกาญจน์ กอบกิจสมงคล, เพิ่มสุข เอื้ออารี, นพวรรณ แสนเจริญสุทธิกุล, วิศาล คันทรา-รัตน์กุล. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลรามารามาศิต. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2552; 20(1): 46-56.
28. Wilson I, Cleary PD. Linking Link clinical variables with HRQOL: A conceptual model of outcomes. J Am Heart Association 1995; 273(1):59-65.
29. Polit DF, Beck TB. Nursing research :Principles and methods (7thed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. P.429-456.
30. Watson RDS, Gibbs CR, Lip GYH. ABC of heart failure, Clinical Features and complications. BMJ 2000;320:236-239.
- *31. ฉวีวรรณ ยี่สกุล, สุกัลญา พรหมมาต, อูมา จันทวิเศษ, จารุวรรณ กฤตย์ประชา. การจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโรงพยาบาลสงขลา-นครินทร์. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2553;30(2):1-16.
- *32. ดุจใจ ชัยวานิชศิริ ธนกรณ์ งามเชวง. คุณภาพชีวิตภายหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ (CABG) ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร:โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. เวชสารฟื้นฟู 2544;10(3):107-16.
- *33. ชิตติมา สามแก้ว. คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
- *34. ปรีศนา อัดถาผล. ภาวะในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
- *35. พจนานถ บรรเทาวงษ์, ยศพล เหลืองโสมนภา, เจริญพิศ รัตนารธรรม. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยภายหลังการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร [งานวิจัย]. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี; 2549.

- *36. พรพิมล มาศนรากร. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบระหว่างก่อนและ 3 เดือนหลังการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544.
- *37. เพ็ญรุ่ง ผลกาญจนการ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังใส่โคโรนารายในหลอดเลือดหัวใจ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล: กรุงเทพมหานคร; 2541.
- *38. เพ็ญศรี ระเบียบ, จันทรีทรา ไตรรงค์จิตเหมาะ, ศิริอร สินธุ. การศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความผาสุกในชีวิตในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจระหว่พศชยกับเพศหญิง. สารสภากการพยาบาล 2540;12(2):49-62.
- *39. ภมร แซ่มรักษา, ศิริลักษณ์ ประวีณวรกุล, ทศนันท์ ศิริเสถียรรุจ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2554; 3(2):1-14.
- *40. ยศพล เหลืองโสมนภา, นารีรัตน์ สกุลสิทธิ์, ลลิตา เดชาวุธ. การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด [งานวิจัย]. จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี; 2550.
- *41. วาสนา อุปสาร. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี [วิทยานิพนธ์]. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2551.
- *42. สมจิตร พึ่งวงศ์สำราญ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบในระยะก่อนและหลังขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
- *43. สายฝน จับใจ. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
- *44. ชุตินทร เรียนแพง. การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
- *45. Patchaneeporn U. Outcomes of acute ST-elevation myocardial infarction patients who underwent primary percutaneous coronary intervention [Master Thesis of Nursing]. Bangkok: Mahidol University; 2007.
46. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2547-2551. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2552. [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.pos.moph.go.th> .51.pdf.

หมายเหตุ * แสดงว่างานวิจัยนี้ใช้ในการสังเคราะห์งานวิจัย